

ІНВАЛІДНІСТЬ ВНАСЛІДОК ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Масливець О.С., Малий М.Ю., Сьомкіна Т.І., Чемирисов В.В., Соловйов О.Я.

КЗ «Обласний клінічний центр медико-соціальної експертизи»ДОР», м. Дніпропетровськ

Тромбози глибоких вен і тромбофлебіт поверхневих вен нижніх кінцівок є поширеними захворюваннями і зустрічаються у 10-20% населення, ускладнюючи в значному числі випадків перебіг варикозної хвороби. Етіологічними факторами що можуть призвести до венозного тромбозу є оперативні втручання, травми нижніх кінцівок, гіподинамія, ожиріння, захворювання нирок, вагітність, онкологічні захворювання, тощо.

Необхідною умовою для виникнення цієї патології є підвищення в'язкості крові, механічні пошкодження інтими вен.

У переважній більшості випадків тромбофлебіт локалізується в поверхневих венах. Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок розвивається в 5-10% випадків. Украй небезпечна для життя ситуація виникає при тромбі, що флотує, у зв'язку з розвитком тромбоемболії легеневої артерії. Відрив венозного тромбу може вести до масивної тромбоемболії (негайна смерть), гіпертензії в малому крузі кровообігу зі значеннями тиску в легеневій артерії 40 мм рт.ст. і вище) або тромбоемболії дрібних гілок легеневої артерії з клінікою дихальної недостатності і так званої інфаркт-пневмонії. Не менш важливе значення мають інші наслідки тромбозу вен нижніх кінцівок, який через деякий час може привести до стійкого зниження життєдіяльності, обумовленої хронічною венозною недостатністю.

Способи лікування цього захворювання, як оперативний так і консервативний розроблені вже досить давно. Оперативний метод полягає в видаленні тромбів разом з інтимою, протезуванні уражених вен, але потребує певних умов для проведення. Консервативний метод полягає у каналізації сформованих тромбів (переважно препаратами стрептокінази та урокінази, гепарином, тощо). Нажаль методи медичної реабілітації не завжди ефективні та дуже затратні, тому методи профілактики тромбозу (оперативне лікування варикозної хвороби, антиагреганти, ЛФК, своєчасне лікування хвороб, які ведуть до тромбозів, т.і.) повинні застосовуватися якомога ширше.

Провідною причиною інвалідності у пацієнтів, які були направлені на МСЕК була виражена хронічна венозна недостатність з трофічними розладами внаслідок тромбозів вен нижніх кінцівок при варикозній хворобі.

Вивчені показники інвалідності внаслідок венозних тромбозів у динаміці за останні 2 роки.

Уперше визнано інвалідами у 2010 р. 16 чоловік, з них 11 чоловіків та 5 жінок. Абсолютна більшість оглянутих мешкала у містах (13 чол.). Переважна більшість осіб визнаних інвалідами – 8 чол. (50%) була у віці 40-49 років. Перша група інвалідності встановлена 1 чол., друга група інвалідності встановлена 8 чол., третя – 7 чол. Продовжують працювати 48% хворих від загального числа оглянутих.

Уперше визнано інвалідами у 2011 р. 17 чоловік, з них 12 чоловіків та 5 жінок. Абсолютна більшість оглянутих мешкала у містах (16 чол.). Переважна більшість осіб визнаних інвалідами – 8 чол. (47%) була у віці 40-49 років. Перша група інвалідності анальгетики, новокаїнові блокади. В період іммобілізації потерпілим з нейро-

дистрофічними синдромами показані ультрафіолетове опромінювання шиї (2-3 біодози) або відповідна мікрохвильова терапія.

У потерпілих з рефлекторною дистрофією руки всі заходи, спрямовані проти болю (і перш за все регіонарне знеболення), є елементами не тільки симптоматичної терапії, але і, що дуже важливо, патогенетичного лікування, що сприятливо позначається на загальному перебігу хвороби. Зокрема, новокаїнові блокади, розриваючи хибне коло рефлексів, сприяють ліквідації м'язово-тонічних і мікроциркуляторних порушень.

Види новокаїнових блокад:

1. Анестезію шийно-грудного вузла краще всього використовувати в ранні терміни після травми (в алгічній стадії) в потерпілих переважно з поширеними нейротрофічними порушеннями – синдромами шийно-плечовим і плече-кисть, до формування у них грубих вогнищ міоостеофіброзу.
2. Анестезія надлопаткового і пахвового нервів у хворих з нейротрофічними ураженнями плечового суглоба вельми ефективна при плечовому синдромі, меншою мірою – при шийно- плечовому і найменше – при синдромі плече-кисть.
3. Інші периневральні блокади (плечового сплетення, окремих периферичних нервів: серединного, ліктьового, променевого) слід застосовувати, перш за все, у хворих з чіткою клінікою відповідних травматичних невритів.
4. Паравертебральна внутрішньом'язова новокаїнова блокада найбільш виправдана при активно «звучному» шийному остеохондрозі (в низки хворих з синдромами шийно-плечовим і плече-кисть), в інших випадках вона малоефективна.
5. Новокаїнова блокада футляра за А.В.Вишневським (на рівні передпліччя) і анестезія м'язів згиначів пальців кисті, безумовно, показана при синдромах Зудека і плече- кисть.
6. При всіх посттравматичних нейродистрофічних синдромах слід широко вдаватися до анестезії окремих найбільш болючих точок і, в першу чергу, пунктів тригерів.
7. Одночасне введення гідрокортизону помітно підвищує ефективність периартикулярних і внутрішньом'язових інфільтрацій новокаїну, особливо при гострому перебігу (або загостренні) нейротрофічних розладів.
8. Місцеве використання протеолітичного ферменту папаїну, АТФ і аутокрові доцільне, в основному, за відсутності (або стихання) гострого болю у хворих з вираженими дегенеративно- дистрофічними ураженнями м'язово-сухожильно-периартикулярних тканинних структур.

Тривале безуспішне консервативне лікування посттравматичної дистрофії руки, а також наявність поряд з трофічними розладами нерепонованих або неправильно зрощених переломів ставлять хірурга перед необхідністю виконати оперативне втручання у відповідних хворих. Методи оперативного лікування хворих з посттравматичною дистрофією руки розділяються на три групи:

- 1) Оперативні втручання на основному і додаткових вогнищах роздратування;
- 2) Операції на симпатичному відділі нервової системи;
- 3) Пізні відновні оперативні втручання.

Показанням для оперативних втручань на периферичних нервах служить наявність симптомів їх повного анатомічного розриву або грубого роздратування.

Особливості експертизи тимчасової і стійкої втрати працездатності.

Терміни тимчасової непрацездатності хворих з посттравматичною дистрофією руки є хоча і, безумовно, важливим, але відносним критерієм ефективності лікування, що проводиться в них.

Орієнтовні терміни відновлення працездатності потерпілих при виникненні нейротрофічних ускладнень значно (в 1V2-2 рази і більше) подовжуються. Так, у хворих з переломами променевої кістки в класичному місці середні терміни тимчасової непрацездатності складають при нормальному загоєнні 6-8 тижн., а за наявності синдромів Зудека і плечо-кисть – від 3-4 до 8 міс.

Разом з тим навіть при вельми важко перебігаючих нейродистрофічних синдромах встановлена 1 чол., друга група інвалідності встановлена 3 чол., третя – 13 чол. Продовжують працювати 25% хворих від загального числа оглянутих.

Таким чином, виявлено, що кількість обстежених їх розподіл за віком та статтю є практично однаковим, але у 2010 р. спостерігається зниження питомої ваги другої групи інвалідності та підвищення третьої групи.

Проаналізований стан накопичувальної інвалідності за той же період.

Було виявлено, що у 2010 р. було переобстежено 64 інваліди. З цього числа чоловіків було 35, жінок – 29; більшість обстежених осіб мешкало у містах (50 чол.), меншість – у селах (14 чол.). Більшість хворих (39%) біла у віці 40-49 років. Перша група інвалідності була у 2 чол., друга – у 13 чол., третя – у 49 чол. Працевлаштовано 22 чол (34%).

У 2011 р. було переобстежено 57 інвалідів. З цього числа чоловіків було 34, жінок – 23, більшість обстежених осіб мешкало у містах (47 чол.), меншість – у селах (10 чол.). Більшість хворих (54%) була у віці 50-59 років. Перша група інвалідності була у 2 чол., друга – у 8 чол., третя – у 47 чол. Працевлаштовано 17 чол (29%).

Індивідуальні програми реабілітації інвалідів виконувалися у необхідному обсязі, за виключенням відмови деяких інвалідів від рекомендованих оперативних втручань через відсутність необхідних коштів. Практично усі інваліди пройшли курс стаціонарного лікування, консультовані судинними хірургами, отримали медичну реабілітацію у достатньому обсязі.

Дані аналізу накопиченої інвалідності показали, що має місце статистично недостовірне зниження повторно обстежених інвалідів у 2011 р. у порівнянні з 2010 р. Умовний показник відношення чоловік/жінка підвищився з 1,2 у 2003 р. до 1,4 у 2011 р. Число інвалідів, які мешкають у сільській місцевості у 2011 р. зменшилось до 17,5% у порівнянні з 2010 р. (21,9%). Характерним є те, що віковий пік підвищився у 2011 р. у порівнянні з 2010 р. та зсунувся бік інтервалу 50-59 років. Кількість інвалідів першої групи залишалася незмінною, кількість осіб визнаних інвалідами другої групи дещо зменшилась у 2011 р., порівняно з 2010 р. Питома вага інвалідів третьої групи у 2011 р. зросла порівняльно з 2010 р. Не дивлячись на це кількість працюючих інвалідів серед осіб працездатного віку, які мають постійну роботу, вкоротилася, як у абсолютних числах (з 22 до 17 чол.), так і відсотковому відношенні (з 34% до 29%).

Таким чином, з вищезазначеного можна зробити наступні висновки:

- кількість інвалідів внаслідок тромбозів вен нижніх кінцівок, як визнаних первинно, так і тих, яким при переогляді залишена інвалідність є стабільною;

- абсолютній більшості інвалідів, з огляду на високу вартість, недоступні сучасні методи реабілітації, як оперативного так і консервативного лікування наслідків тромбозу нижніх кінцівок;
- раціональне працевлаштування інвалідів не знаходиться на оптимальному рівні.

Поліпшення медико-соціальної допомоги вивчаємого контингенту потребує удосконалення.